2.

TUMEUR CARCINOMATEUSE DU SEIN

EXTRAIT DES ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND 1886.

TUMEUR CARCINOMATEUSE
DU SEIN

OPÉRÉE

Par les docteurs A. DELÉTREZ et J. FÉLIX

EMPLOI DES CAUSTIQUES

« Réussir, tel est en définitive le but final de toute
» manœuvre opératoire ; et pour arriver à la solution
» de ce problème capital, ce n'est pas trop d'accu-
» muler toutes les ressources de la science, de l'art
» et de l'observation. »

(DE ROUBAIX.)

Communication faite par le Dr A. DELÉTREZ, de Bruxelles
à la Société de Médecine de Gand.

(2 PLANCHES DANS LE TEXTE.)



GAND
IMPRIMERIE EUG. VANDERHAEGHEN, RUE DES CHAMPS, 62

1886



Mademoiselle M. L...., maîtresse d'études dans un pensionnat du Brabant est âgée de 50 ans ; sa constitution est profondément altérée.

En novembre 1881, elle s'aperçût d'une dureté au sein ; il existait dans cette région une tumeur du volume d'un petit œuf de poule.

Le médecin de l'établissement fut alors consulté et réserva son appréciation ; après plusieurs examens il conseilla à la malade de consulter un des plus éminents chirurgiens de l'Université de Bruxelles.

Mademoiselle M. L... se présenta chez ce professeur au commencement du mois de décembre de la même année.

Ce dernier l'examina, lui conseilla de se fortifier et de revenir le voir après six semaines.

Dans cet intervalle, sur la demande de la directrice, le médecin du pensionnat vint à Bruxelles et eut un entretien avec le professeur au sujet de la malade.

Tous deux furent d'accord sur le diagnostic (tumeur carcinomateuse du sein) et décidèrent de ne faire aucune opération, vu l'état de faiblesse de la demoiselle.

Ils prescrivirent des pommades qui n'apportèrent aucun changement dans l'état de la malade.

En mars 1882, celle-ci revint à Bruxelles, se faire examiner une dernière fois par le même chirurgien qui cette fois lui fit une ponction exploratrice qui donna lieu à un suintement d'un liquide brun chocolat.

Il encouragea la malade, fit appel à tous les sentiments possibles de résignation, lui fit entendre tout ce qu'il y avait de désespéré dans son affection et l'impuissance des moyens chirurgicaux pour lui enlever son mal.

La tumeur ayant dèjà considérablement augmenté depuis la première entrevue, il lui conseilla de porter un appareil suspensif.

Complètement découragée, mademoiselle M. L... ne voulut plus voir aucun médecin.

En octobre 1884, souffrant de l'estomac qui refusait toute nourriture, elle fit appeler le médecin de l'établissement qui lui parla de sa tumeur et lui demanda de la voir; elle présentait à cette époque le volume d'un gros melon et était recouverte de taches noires; son aspect était tel que d'après les expressions mêmes de la malade « le docteur et une institutrice présente à la visite ne purent cacher leur stupéfaction et reculèrent d'épouvante. »

On lui ordonna alors de prendre l'air et on lui prescrivit des toniques.

Le 16 novembre 1884, la tumeur s'ulcéra en différents endroits qui se réunirent bientôt pour ne plus former qu'un infect cloaque; on fit usage de pansements désinfectants.

La faiblesse devint extrême, les jambes et les pieds s'œdematièrent; des accès de fièvre intermittente survinrent. La tumeur augmenta de jour en jour; bref je fus appelé près de la malade le 8 septembre 1885.

Ce qui me frappa tout d'abord à mon entrée dans la chambre, ce fut l'odeur qui y régnait; l'infection était telle que je dus faire

appel à toute mon énergie pour enlever les pièces de pansement. La tumeur présentait le volume d'un énorme melon ; elle mesurait 56 centimètres dans sa plus grande circonférence ; 35 dans le sens transversal ; 36 dans le sens vertical ; son poids pouvait varier de 6 à 7 livres.

A la partie externe près du mamelon se trouvait une ulcération entourée de bourgeons de très mauvais aspect ; un liquide sanieux mélangé de *détritus* s'en écoulait ; de grosses veines variqueuses sillonnaient le sein : les vaisseaux lymphatiques de la peau avoisinante se présentaient sous forme de stries rougeâtres.

Fait remarquable, je ne constatai aucun engorgement ganglionnaire dans l'aisselle ni dans aucune région voisine.

L'examen des autres organes ne me fit rien découvrir relativement à l'affection qui nous occupe.

L'état général de la malade était on ne peut plus délabré ; tous les symptômes de la *résorption putride* y étaient rassemblés ; le marasme était très prononcé, l'affaiblissement extrême, l'appétit nul, l'haleine fétide ; les vomissements fréquents ; le teint était jaune, sale, terreux, grisâtre ; le pouls à 130, la peau était poisseuse ; l'économie ne pouvait plus résister longtemps à un tel délabrement.

Je proposai à la malade de l'opérer par la méthode caustique du Dr Bougard. Elle accueillit cette proposition avec joie et rentra à l'Institut SS. Jean et Elisabeth, rue des Cendres, à Bruxelles.

Nous la vîmes le 15 septembre avec mon excellent confrère et ami le Dr Felix qui voulut bien me prêter dans cette circonstance son bienveillant et judicieux concours.

De commun accord, après un examen très attentif de la tumeur, nous décidâmes de l'enlever par sa base en appliquant le caustique Bougard, suivant une ligne convexe de 8 centimètres de largeur sur 10 centimètres de longueur, embrassant la moitié supérieure de la base de la tumeur ; le but que nous poursuivions était d'atteindre par des applications successives — dans les limites indiquées — la moitié inférieure de la base au moyen d'un sillon creusé par la cautérisation.

Le 16 septembre, nous commençâmes l'opération suivant les

règles indiquées par le Dr Bougard : Application d'une couche d'un demi centimètre environ d'épaisseur de caustique de Vienne dans le but de dénuder la peau ; cette couche fut laissée pendant 10 minutes et remplacée par le caustique Bougard qui resta appliqué environ six heures.

Au bout de ce laps de temps, le caustique fut enlevé et on appliqua des cataplasmes jusqu'à notre visite du 17, de façon à ramollir l'escharre formée.

Le 17, dissection de la peau et réapplication du caustique selon la méthode indiquée plus haut.

Le 18, enlèvement par le bistouri de l'escharre produite en ayant soin de laisser environ 1/2 centimètre de celle-ci sur laquelle le caustique fut réappliqué.

Le 11 octobre, après 26 applications suivies du même manuel opératoire, notre but était atteint et d'un coup de bistouri nous séparâmes, *sans la moindre hémorrhagie*, la tumeur des minces attaches qui la retenaient encore aux muscles de la région pectorale.

La tumeur enlevée, il nous restait une escharre circulaire mesurant environ 40 centimètres de circonférence dont les bords détachés en partie laissaient voir une plaie unie et vermeille recouverte de bourgeons charnus du meilleur aspect.

Cependant au centre de l'escharre, nous trouvâmes une plaque de tissu suspect dont trois applications de caustique eurent facilement raison.

Le 24 octobre, l'escharre tomba et laissa voir une plaie des plus belles.

Dès ce jour, le traitement consista en un simple pansement à la charpie sèche.

Le 14 décembre, mademoiselle M. L... quitta l'hôpital de la rue des Cendres parfaitement guérie et dans un état de santé qu'elle n'avait même pas connu avant de s'apercevoir de son mal. Nous la revîmes depuis avec le Dr Felix et nous ne remarquâmes aucune apparence de récidive. La cicatrice est parfaite ; elle se présente sous forme d'une plaque centrale, dont partent deux prolongements linéaires se dirigeant l'un vers le creux de l'aisselle, l'autre vers l'épigastre.

RÉFLEXIONS.

Cette observation me paraît surtout intéressante au point de vue du traitement des tumeurs malignes du sein par le caustique du Dr Bougard.

I. -- Le diagnostic a été posé avant nous par deux médecins, dont l'un chirurgien distingué. Toute idée d'opération par le bistouri avait été écartée au début du mal par suite de l'état de faiblesse de la malade, plus tard à cause des phénomènes de résorption qu'elle présentait.

Le caustique a eu raison de la tumeur sans aucun accident pour la malade.

II. — Les phénomènes de *résorption putride*, disparurent au fur et à mesure que le caustique attaquait la tumeur.

L'état général de la malade se modifiait d'une manière sensible de jour en jour; le pouls redevenait normal ainsi que la température; le teint se modifiait, les vomissements cessaient; l'appétit d'abord nul, redevenait très bon; le jour où la tumeur fut complètement enlevée, on ne remarquait plus aucune trace de phénomènes putrides; la cause était enlevée, les effets disparaissaient. Preuve évidente qu'il y avait chez cette demoiselle *résorption putride* et non infection cancéreuse.

Le Dr Bougard insiste beaucoup sur ce point, dans son important ouvrage sur le cancer [1].

« L'infection putride, écrit-il, diffère de la purulente en ce que
» l'infection putride se fait lentement, insensiblement, progressi-
» vement, sans les frissons violents qui marquent les débuts de
» l'infection purulente et qui l'accompagnent souvent jusqu'à la
» fin; en outre les malades résistent pendant des mois aux accès
» de fièvre hectique qui durent aussi longtemps que la cause qui
» les produit.

» L'infection putride peut être guérie, soit en faisant cesser la
» cause de l'altération du pus, soit en détruisant le foyer qui les
» produit. Dans l'infection purulente déclarée, c'est en vain que

---

(1) *Études sur le cancer*. Bruxelles, 1882, page 185.

» l'on s'occuperait de l'état local de la plaie ou du foyer de l'abcès.

» L'infection putride peut se présenter dans le cancer, j'en ai » déjà rapporté un exemple remarquable. (Observation XVII). »

Dans cette observation il s'agit d'une femme de 75 ans, atteinte depuis trois ans d'un *cancer encephaloïde du pied gauche*. Cette femme est entrée à l'hôpital St-Jean le 12 décembre 1868 dans le service de M. Rossignol.

Elle a été opérée dans son village par le bistouri, trois orteils ont été enlevés, il y eut récidive immédiate.

Au moment où le Dr Bougard la vit, le pied présentait un bourrelet gros comme le poing, un véritable fongus à large surface, produisant une sanie abondante et fétide ; le gros orteil paraissait intact, mais les phalanges du second orteil étaient rongées par l'ulcération et elles ne tenaient plus que par les tissus fibreux; les quatre derniers os du tarse étaient en partie détruits ; le pied jusqu'aux chevilles, présentait un gonflement considérable. La santé générale était déplorable ; la malade se trouvait dans un état de marasme très prononcé et d'affaiblissement extrême ; elle avait une fièvre hectique bien caractérisée ; le pouls était à 150 avec perte complète du sommeil et d'appétit; depuis plus d'un mois, elle vomissait tout ce qu'elle prenait, même la boisson ; elle avait un teint jaune gris tout à fait cachectique; enfin elle était à toute extrémité.

La question de l'amputation de la jambe avait été agitée, mais on reculait devant la faiblesse et l'état alarmant de la malade.

M. Rossignol demanda au Dr Bougard s'il croyait que le caustique pourrait être utile ; celui-ci répondit affirmativement. Il n'espérait pas la guérir, mais en détruisant les fongosités, en tarissant la source abondante de sanie qui empoisonnait cette malheureuse il était convaincu d'améliorer son état, si la mort lui en laissait le temps.

Le 6 janvier 1869, le Dr Bougard appliqua son caustique pour la première fois ; le 8 une amélioration notable se présenta chez la malade pour s'accentuer de plus en plus au fur et à mesure que des parties du néoplasme étaient enlevées.

Le 1er février, la plaie est en voie de cicatrisation ; la couleur du teint est naturelle ; les forces et l'embonpoint reviennent; la surface à cicatriser représente la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Le 25, une tuméfaction dure se présente à la plante du pied; trois applications de caustique en font justice.

Le 25 mai, la malade sortait guérie; le 2 novembre 1881, le Dr Bougard voulant connaître les suites de cette étonnante guérison écrivait à M. le Dr Verbrugghe de Ternath afin de lui demander des renseignements à ce sujet. Celui-ci lui répondit que la veuve V... « était très-bien portante et que depuis l'opération rien n'était venu inquiéter cette personne. »

M. le Dr Rossignol a eu la loyauté de dire en présence des médecins et des étudiants qui fréquentaient sa clinique: « le bistouri ne saurait pas faire cela. »

En résumé: voilà un cancer encéphaloïde de trois ans de durée, de 2 1/2 ans d'ulcération, opéré par le bistouri sans résultat. La cachexie cancéreuse, la généralisation, la dyscrasie en apparence du moins étaient à leur apogée; sous l'influence de quelques applications de caustique, tous ces symptômes disparaissent pour faire place au bout de quinze jours à un état de santé des plus favorables.

Là où l'opération par le bistouri n'avait pas réussi à une époque où le mal était peu avancé, les caustiques réussissent admirablement deux ans après et dans les conditions les plus déplorables. Il n'y avait chez cette malade ni dyscrasie, ni généralisation du cancer; il y avait simplement empoisonnement ichoreux dont tous les phénomènes sont rapidement modifiés par les caustiques, tandis que ceux-ci n'ont aucune influence sur la dyscrasie.

« Il n'est pas toujours facile, ajoute le Dr Bougard (1) de
» distinguer l'infection putride de l'infection cancéreuse, lorsque
» dans un cas donné ces deux infections pourraient exister l'une
» et l'autre comme dans les cas d'encéphaloïde ulcéré produisant
» un ichor fétide abondant.

» Les symptômes présentent cependant des différences notables.
» La teinte de la peau qui est jaune paille dans l'infection cancé-
» reuse est plutôt d'un jaune sale, terreux, grisâtre dans l'infec-
» tion putride. La fièvre présente également quelques différences,

---

(1) *Loc. cit.* Page 187.

» elle est plus violente dans l'infection putride que dans l'infec-
» tion cancéreuse.

» L'infection putride ne donne pas lieu à ces tumeurs secon-
» daires et multiples que l'on observe dans l'infection cancéreuse.

» Les fonctions des principaux organes internes sont plus
» entravés dans l'infection putride que dans l'infection générale
» cancéreuse.

» Mais le signe distinctif le plus certain se tire de l'application
» des caustiques : si l'on a affaire à un ulcère végétant d'une
» épaisseur médiocre, il suffit d'une seule application de pâte
» caustique sur l'ulcère végétant, pour détruire la cause de l'in-
» fection et produire une très grande amélioration, tandis que
» cette application reste sans effet sur l'état général, s'il s'agit de
» l'infection cancéreuse.

» Comme on le voit, l'infection putride est la conséquence d'une
» certaine forme d'ulcération du cancer, mais il n'y a pas trans-
» port des éléments spécifiques comme cela a lieu dans l'infection
» cancéreuse. »

III. — Le caustique du Dr Bougard possède sur les autres caustiques employés jusqu'à ce jour d'immenses avantages parmi lesquels il faut citer surtout son application facile. Donnons en d'abord sa composition telle qu'elle est indiquée par M. le Dr Bougard :

Farine de froment / Amidon . . . . }	ââ 60	grammes
Arsenic	1	—
Cinabre	5	—
Sel ammoniac	5	—
Sublimé corrosif	0,50	centig.
Solution de chlorure de zinc à 42° . .	245	grammes

Cette pâte caustique est très élastique, facilement maniable, molle ; ces qualités lui permettent de s'appliquer exactement sur toutes les anfractuosités quelle que soit leur irrégularité ; elle est en outre très adhésive, propriété très importante quant à son application ; elle n'attaque que la peau dénudée de son épiderme.

Par les éléments qu'elle renferme, elle doit être rangée parmi les antiseptiques.

Son emploi n'exige aucun pansement antiseptique, reconnu aujourd'hui indispensable dans les grandes opérations de chirurgie et dont l'oubli du moindre détail peut compromettre la vie de l'opéré.

On a fait plusieurs objections concernant l'emploi des caustiques; je vais les passer rapidement en revue.

1re Objection. — *La vive douleur* produite par ce mode opératoire. La douleur a été parfaitement supportée par tous les malades que j'ai opérés et que j'ai vu opérer; elle ne se produit d'une façon vraiment sensible que durant l'application du caustique de Vienne servant à dénuder la peau; elle ne dure environ que dix minutes et les opérés la comparent à la douleur produite par un vésicatoire.

Les applications du caustique proprement dit produisent peu ou point de douleur; cela se conçoit facilement si l'on songe que le caustique ne s'applique que sur une surface déjà cauterisée et dont on a soin d'enlever chaque jour par le bistouri les 2/3 seulement d'épaisseur.

Tous mes opérés et tous ceux de mon confrère le Dr Felix, même les plus nerveux, ont supporté très facilement notre méthode opératoire.

2me Objection. — *La difformité de la cicatrice.* — Cette objection est purement théorique et ne peut-être soulevée que par des chirurgiens qui n'ont jamais vu les résultats de nos opérations. Dans le cas qui nous occupe, la cicatrice n'est pas plus difforme que celle qu'aurait produite le bistouri, on peut le constater d'ailleurs d'après la planche jointe à ce mémoire.

Nous avons dernièrement opéré avec le Dr Felix trois épithéliomas de la lèvre inférieure dont la cicatrisation s'est faite très régulièrement et dont le résultat a été parfait. Nous avons pu éviter le retrécissement de la bouche dont l'inconvénient est si fréquent dans l'opération par le bistouri.

3me Objection. — *La durée de l'opération.* On a reproché aux caustiques de prolonger outre mesure la durée de l'opération. Cette durée pour les tumeurs assez volumineuses ne dépasse guère quatre à six semaines; mais l'absence de réaction inflammatoire, l'innocuité de l'opération, l'impossibilité des hémorrhagies et

d'autres complications fréquentes dans la méthode sanglante compensent largement à mon avis ce léger inconvénient.

Beaucoup de chirurgiens ont combattu les caustiques parce que les méthodes employées à leur époque étaient défectueuses.

La méthode du Dr Bougard ne présente aucun des inconvénients qu'on a reprochés avec raison aux procédés anciens; elle est combattue cependant, mais par ceux qui ne l'ont jamais vu appliquer et qui dans cette question si importante se forment une opinion sur des bases complètement erronées.

Plusieurs de nos confrères de Bruxelles, prévenus contre notre méthode et adversaires convaincus des caustiques, ont dû, après avoir assisté à plusieurs de nos opérations, se rendre à l'évidence et reconnaître la supériorité de notre procédé opératoire sur la méthode sanglante.

Je ne peux mieux terminer cette étude en faveur des caustiques qu'en citant l'opinion de M. De Roubaix en cette matière.

Voici comment s'exprime à ce sujet ce savant chirurgien dans un travail intitulé: *Des accidents qui peuvent être la suite des grandes opérations et des moyens de les prévenir.*

« En cherchant dans la matière médicale, les médicaments qui » pouvaient réaliser mes intentions, (il s'agit d'éviter les accidents » du traumatisme) j'ai été vivement frappé de l'action des causti- » ques, si bien indiquée par MM. Bonnet et Philipeaux. Le » contraste entre les effets produits par ces agents et ceux qui » suivent les incisions saute aux yeux. Ainsi, tandis que les inci- » sions provoquent une inflammation dont il est difficile d'indi- » quer les limites, qui imbibe les tissus si je puis m'exprimer » ainsi, comme une tache d'huile s'étend sur le papier, la cauté- » risation détermine une phlogose localisée, circonscrite, concen- » trée sur une ligne de demarcation du mort et du vif. Le cercle » ou plutôt le disque inflammatoire qui précède l'élimination des » escharres est connu de tout le monde.

» Tandis que les accidents de la première catégorie tendent à » se propager des surfaces coupées vers les organes intérieurs en » suivant le trajet des vaisseaux et des tissus vasculaires et en » obéissant à une espèce d'impulsion centripète, ceux de la » seconde, suivant une marche inverse et centrifuge semblent » prendre leur élan pour aboutir tous aux parties mortifiées et

» s'y épuiser dans l'élimination de ces tissus. Là on observe des » phénomènes dont les tendances mal déterminées, variables, » mobiles, excitent souvent une notable perturbation dans l'éco- » nomie ; ici au contraire l'on voit se développer, une réaction » franche dont le but est parfaitement dessiné et dont le retentis- » sement sur l'organisme ne dépasse jamais certaines limites que » l'on peut, pour ainsi dire, calculer d'avance. Aussi voit-on dans » le premier cas (nous supposons toujours ici des lésions d'une » certaine importance) le patient devenir réellement *malade*, » tandis que dans le second, ses fonctions sont tellement peu » dérangées, qu'il peut ordinairement se lever et reprendre son » régime ordinaire[1] aussitôt que les douleurs produites par » l'action chimique ont cessé. Si c'est une veine que l'instrument » tranchant a intéressée, la phlébite et toutes ses conséquences » sont possibles, tandis qu'avec le caustique, cette redoutable com- » plication n'est pas à craindre, attendu que l'adhésion des parois » et l'oblitération du vaisseau précèdent toujours la chute du tron- » çon qui a été attaqué par l'agent désorganisateur. C'est ce que » l'on peut constater tous les jours dans la cautérisation des veines » variqueuses, opérée en vue d'obtenir leur guérison radicale.

» Mais ce qui rend surtout bien compte de la supériorité du » caustique sur l'instrument tranchant, continue M. De Roubaix, » alors qu'on examine ces deux moyens sous le point de vue de » leurs accidents consécutifs, c'est la connaissance du mécanisme » au moyen duquel s'opère la séparation des parties mortifiées. » Ce mécanisme est tel, qu'il semble impossible, si rien ne vient » déranger le travail de la nature, que l'infection purulente » puisse avoir lieu. En effet, aussitôt que l'escharre est formée, » les vaisseaux qui l'entourent s'engorgent, comme cela a lieu » dans tout processus inflammatoire.

» Bientôt l'exsudation suit cet engorgement et puis commence » la formation de nouveaux vaisseaux qui doivent entrer dans la » composition des bourgeons charnus. Pendant tout le temps que » dure ce travail, l'escharre retenue par ses connexions avec les

---

[1] C'est ce que nous avons observé le Dr Felix et moi chez la plupart de nos opérés.

» tissus encore vivants, empêche tout contact de ceux-ci avec les
» corps ambiants. Par la suite cependant, les capillaires qui se
» prolongeaient vers l'escharre tombent en gangrène jusqu'à leur
» jonction avec les premières anses vasculaires qui font partie des
» bourgeons et après s'être préalablement oblitérés à l'endroit de
» cette jonction. Alors commence franchement la période d'élimi-
» nation accompagnée d'une formation de pus qui augmente de
» jour en jour et qui, s'interposant entre les tissus de la nouvelle
» formation et les parties mortifiées, finit par détacher complète-
» ment celles-ci.

» L'on conçoit facilement en suivant ce mécanisme, comment il
» se fait qu'à la chute des escharres on trouve derrière elles une
» surface toute disposée à la cicatrisation et offrant tous les
» caractères d'une plaie de bonne nature. Comme cette surface ne
» présente aucun orifice vasculaire et qu'elle est formée principa-
» lement par une trame de capillaires clos et partout anastomosés
» entre eux, il est évident que les globules purulents qui entrent
» dans la composition de la suppuration qui la recouvre, ne peu-
» vent y pénétrer pour arriver plus loin dans les veines ; car ces
» corpuscules sont deux ou trois fois plus gros que ceux du sang ;
» et comme ceux-ci sont trop volumineux pour s'échapper par les
» parois des capillaires, à plus forte raison ceux là ne pourraient
» y entrer sans une décomposition préalable.

» Or, les belles expériences de Sedillot ont démontré que, pour
» qu'il y ait infection purulente, il faut qu'il y ait pénétration des
» globules en nature dans le système sanguin. L'introduction dans
» ce système des globules décomposés, putréfiés même ne suffit
» pas, non plus que celle des granulations et du serum du pus ; et
» cela étant, il est facile de comprendre comment l'impossibilité
» physique dont il vient d'être question est de nature à donner
» toute garantie contre l'invasion de la pyoémie.

» Quelques chirurgiens, et parmi eux des hommes du plus grand
» mérite, ont voulu contester l'exactitude de ces assertions et leur
» ont opposé des observations puisées dans leur pratique.

» Mais, comme le fait remarquer M. Bonnet, il est probable que
» les accidents cités par ces auteurs ont eu lieu après l'usage des
» caustiques fluidifiants comme les alcalins, lesquels n'obturant
» pas les vaisseaux, ne peuvent empêcher l'introduction des glo-

» bules purulents; ou parce qu'on n'avait pas pris tous les soins » nécessaires pour cautériser à fond les surfaces et pour éviter la » rupture de quelques vaisseaux lors de la chute de l'escharre. » Pour moi, je dois déclarer que jamais je n'ai observé d'intoxi- » cation purulente après l'application des caustiques métalliques; » et cependant je les ai employés un grand nombre de fois, non » seulement pour enlever des tumeurs, mais encore sur des varices, » sur le varicocèle et sur des affections fongueuses; je considère » pour mon compte l'innocuité de ces agents comme un fait qu'il » est permis de regarder comme démontré.

Malgré cette plaidoirie convaincue en faveur des caustiques, M. De Roubaix se défend cependant de vouloir leur céder le pas au bistouri. « Tous ces avantages des caustiques, dit-il, » sembleraient devoir suffire pour leur mériter la préférence... » Mais malheureusement, à côté de ces propriétés réellement » utiles, ils offrent certains inconvénients qui en contr'indiquent » l'emploi, du moins dans l'état et de la manière dont on en fait » ordinairement usage. »

Nous ne pouvons admettre la conclusion du savant chirurgien, car la méthode opératoire que nous employons ne présente pas les inconvénients et les difficultés d'application reprochés aux autres procédés.

Certes, l'opération par le bistouri est plus brillante, plus rapide, mais elle expose à de graves accidents dont les nouvelles méthodes antiseptiques n'ont pas toujours raison.

L'opération par les caustiques est plus lente, sans éclat, mais elle est sûre et nous partageons complètement l'opinion du Dr Bougard qui déclare l'avenir appartenir aux caustiques parce que :

1° Les caustiques sont innocents, l'instrument tranchant est dangereux.

2° Avec les caustiques, la scène reste localisée, il n'y a pas de retentissement général, tandis qu'avec le bistouri l'opération amène presque toujours une réaction générale plus ou moins compromettante.

3° L'emploi des caustiques n'expose à aucune complication sérieuse, tandis qu'avec le bistouri on a à redouter une foule de complications graves, souvent mortelles.

4° Les caustiques produisent dans les tissus voisins de la

tumeur une réaction salutaire, tandis que le bistouri occasionne une réaction générale qui souvent engendre des accidents mortels.

5° Les caustiques exercent une action spéciale sur la matière cancéreuse qui pénètre dans les vaisseaux lymphatiques et qui est déposée dans les ganglions, tandis que l'instrument tranchant ne produit rien de pareil.

6° Les caustiques n'ébranlent pas l'économie comme le bistouri.

7° L'emploi des caustiques expose moins à la récidive que celui du bistouri.

8° Les caustiques n'inspirent pas aux malades les mêmes appréhensions ni la même terreur que l'instrument tranchant.

9° L'emploi des caustiques ne fait pas subir à l'économie des pertes considérables et n'occasionne pas cet affaiblissement prolongé qu'on observe après l'opération par le bistouri.

10° Ni l'âge avancé, ni la faiblesse du sujet ne constituent des contr'indications à l'emploi des caustiques, tandis que ces états font exclure l'idée de l'emploi du bistouri.

11° Les ulcères cancéreux qui reposent sur des os plats, surtout lorsque le périoste et la table externe de l'os participent à la maladie, réclament les caustiques; dans ces circonstances, le bistouri ne peut rien.

12° Il en est de même pour les cancers adhérents aux côtes; lorsqu'il s'agit d'enlever un fragment de côte ou la table externe seulement, c'est au caustique qu'il faut avoir recours.

J'ai opéré avec le Dr Felix, en mars 1885, une dame de Bréda, atteinte de tumeur cancéreuse du sein gauche; nous lui avons enlevé un fragment de côte sans le moindre accident; actuellement la guérison se maintient et cette dame jouit d'une excellente santé.

Mon but, en publiant cette observation, a été d'attirer d'une façon toute spéciale l'attention des chirurgiens sur les avantages incontestables de la méthode du Dr Bougard dans le traitement des affections cancéreuses. Puissé-je l'avoir atteint et contribuer ainsi à sauver d'une mort certaine bien des malheureux que les partisans exclusifs de la méthode sanglante se voient impuissants de guérir et même de soulager.

Bruxelles, avril 1886. Dr A. Delétrez.



TUMEUR AVANT L'OPÉRATION.



CICATRICE RÉSULTANT DE L'OPÉRATION.


25 JUN 14